変更届出書

年　　月　　日

　　西　海　市　長　　様

所在地

事業者　　名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

代表者氏名

　　　　次のとおり指定を受けた内容を変更しましたので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　 | 介護保険事業者番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 指定内容を変更した事業所(施設) | 名称 |
| 所在地 |
| サービスの種類 | 　 |
| 変更があつた事項 | 変更の内容 |
| 1 | 事業所・施設の名称 | (変更前) |
| 2 | 事業所・施設の所在地 |
| 3 | 申請者の名称 |
| 4 | 主たる事務所の所在地 |
| 5 | 代表者(開設者)の氏名、生年月日、住所及び職名 |
| 6 | 定款・寄附行為等及びその登録事項証明書又は条例等(当該事業に関するものに限る。) |
| 7 | 事業所・施設の建物の構造、専用区画及び平面図 |
| 8 | 事業所・施設の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴 |
| 9 | 運営規程 | (変更後) |
| 10 | 連絡先の訪問看護事業所(定期巡回・随時対応型訪問介護看護に限る) |
| 11 | 協力医療機関(病院)・協力歯科医療機関 |
| 12 | 介護老人福祉施設、介護老人保健施設、病院等との連携・支援体制(小規模多機能居宅介護(介護予防ｻｰﾋﾞｽ含む)、認知症対応型共同生活介護(介護予防ｻｰﾋﾞｽ含む)、看護小規模多機能型居宅介護に限る) |
| 13 | 本体施設、本体施設との移動経路等(地域密着型介護老人福祉施設に限る) |
| 14 | 併設施設の状況等(地域密着型介護老人福祉施設に限る) |
| 15 | 介護支援専門員の氏名及びその登録番号 |
| 16 | その他 |
| 変更年月日 | 　　　　　年　　　月　　　日 |

備考　1　該当項目番号に○を付してください。

　　　2　変更内容が分かる書類を添付してください。